FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges DELTEIL

Né à Riom-Montagne (Cantal) le 10 mars 1900

LES ARTHRITES GONOCOCCIQUES DE LA HANCHE

Président : M. LECÈNE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
RAMI . . .	Pathologie médicale.
GLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
BERTIN. .	Pathologie médicale.
SSET . . .	Pathologie chirurgicale.
UDOUIN. .	Pathologie médicale.
ET	Physiologie.
NCHETIÈRE	Chimie biologique.
ANCA. . .	Histologie.
ULÉ. . . .	Pathologie médicale.
SQUET. . .	Pharmacologie et matière médicale.
DENAT . .	Pathologie chirurgicale.
AMPY. . .	Histologie.
IRAY . . .	Pathologie médicale.
ERC. . . .	Pathologie médicale.
BRÉ	Hygiène.
le JONG . .	Anatomie pathologique.
VOIR . . .	Médecine légale.
ALLE . . .	Obstétrique.
ESSINGER	Pathologie médicale.
IX.	Pathologie médicale.
RNIER . .	Pathologie expérimentale.
RVIER. . .	Pathologie médicale.
ITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale
METZGER . .	Obstétrique.
MOCQUOT . .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE. . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale
VAUDESCAL.	Obstétrique
VERNE. . . .	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
OUGEROT .	Pathologie médicale.
ÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER . . .	Clinique médicale.
PROUST . . .	Clinique chirurgica
SCHWARTZ .	Clinique chirurgica

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopé chez l'adulte pour les accidentés du t les mutilés de guerre et les infirmes ac
FREY.	Stomatologie.
CHAILLAY BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1998, l'Ecole a arrêté que les opinions dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme pr leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A MA MÈRE

A MON PERE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. le Professeur LECÈNE

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A M. le Professeur agrégé MONDOR

Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous a communiqué l'observation qui fait l'objet de cette thèse et nous a guidé dans ce travail. Témoignage de gratitude.

A M. le Docteur BILLARD

Professeur à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand

En témoignage de reconnaissance pour son enseignement dont la trace persistera durant notre carrière médicale.

A M. le Docteur P. MARTY

Ancien Interne des Hôpitaux

A MES MAITRES A L'ÉCOLE ET DANS LES HOPITAUX DE CLERMONT-FERRAND

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

LES

ARTHRITES GONOCOCCIQUES

DE LA HANCHE

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion de voir un cas d'arthrite gonococcique aiguë de la hanche, soigné par M. le Dr Mondor, et nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de faire, ici, l'étude de cette localisation de la gonococcie articulaire.

Cette localisation est relativement rare. Mais il faut toujours y penser en présence d'une hanche douloureuse. Car il y a un grand intérêt à en faire le diagnostic, et cela d'une façon précoce, pour pouvoir lutter efficacement contre le processus inflammatoire ici particulièrement destructif. Celui-ci, en effet, peut provoquer très vite des dégâts articulaires, tels que le fonctionnement ultérieur du membre risque d'être gravement compromis.

Nous rapporterons aussitôt l'observation que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Mondor ; elle constitue un document clinique intéressant. Elle nous apprend à la fois la difficulté et la possibilité du diagnostic clinique, la persévérance qu'il faut apporter dans les recherches bactériologiques de vérification, la terrible gravité de la coxite gonococcique, l'insuffisance du traitement vaccinothérapique.

L'étude de la coxite aiguë gonococcique sera notre but, et ce n'est qu'à son occasion que nous passerons en revue les différentes formes cliniques de l'arthrite blennorragique de la hanche.

OBSERVATION I (inédite), Dr Mondor.

Le 1er février à 8 heures du soir, je suis appelé auprès d'une malade qui est couchée depuis trois semaines pour une affection fébrile grave. Cette jeune fille de 20 ans a été prise en pleine santé d'une atroce douleur soudaine, le 11 janvier 1926. Cette douleur siégeait dans la fesse gauche, empêchait la station debout, força la malade à s'aliter.

Le salicylate ne calma pas la douleur, ne fit pas baisser une température qui depuis le premier jour resta fixée à 39°.

Le 1er février, à 6 heures du soir, un médecin consultant appelé par le médecin traitant porte le diagnostic de phlegmon de la fosse ischio-rectale.

Lorsqu'on me demande auprès de la malade, « c'est pour une incision d'urgence ».

Mais je vois une malade dont la cuisse gauche est en flexion, adduction et rotation interne très marquées, dont les deux mains fixent et protègent la cuisse dans cette position. Il est aisé en une seconde d'écarter l'hypothèse d'un phlegmon ischio-rectal et assez facile de localiser à l'articulation coxo-fémorale les phénomènes inflammatoires si violents. L'examen est cependant rendu délicat par l'intensité des phénomènes douloureux. Le palper du

triangle de Scarpa et de la fesse arrachent des cris à la malade. L'empâtement de ces deux régions est manifeste, largement étalé. Ce qui est caractéristique, c'est que le moindre mouvement transmis à la tête fémorale fait hurler la malheureuse. En agissant avec la plus attentive douceur au niveau du genou, tout essai de flexion, d'extension et de rotation dans la hanche est un supplice. Il faut bien insister sur cette douleur atroce, car elle est le symptôme le plus frappant et elle ne sera pas sans avoir sur la maladie son influence.

Je porte le diagnostic d'arthrite aiguë coxo-fémorale ; je dis au médecin les raisons de penser à une arthrite gonococcique : caractère phlegmoneux des lésions, douleur extrême, soudaineté du début. A ce moment un interrogatoire plus minutieux m'apprend qu'il y eut arthralgie du poignet gauche pendant deux ou trois jours avant l'atteinte brutale de la hanche. Cette notion fortifie ma conviction.

Je demande que la jeune fille soit apportée en ambulance dans le service de mon maître Souligoux, à Beaujon.

Le lendemain, à l'hôpital, mon premier soin est de réduire cette position vicieuse dans laquelle la malade est fixée depuis trois semaines (flexion aiguë très marquée, adduction, rotation interne) et d'immobiliser cette articulation dont les douleurs n'ont pas permis une seule heure de sommeil depuis vingt jours.

Anesthésie générale. Grand appareil plâtré de coxalgie : cuisse en extension, pied à angle droit.

Le jour même, je fais faire une injection sous-cutanée de un centimètre cube de lipo-vaccin antigonococcique (lipo-

gon). Le lendemain la température s'abaisse brusquement à 37° alors que depuis le début elle était de 39° environ.

Je fais faire une radiographie et fais un prélèvement des écoulements vaginaux. Je constate qu'il existe un certain degré de vulvite et que la malade est vierge (hymen à petite ouverture n'admettant pas l'index).

L'examen bactériologique est négatif.

En revanche l'examen radiographique montre à l'évidence deux signes : 1° la disparition de l'interligne articulaire, 2° une ostéoporose très marquée de la tête fémorale, ostéoporose surtout marquée à la partie supérieure de la tête.

Le traitement par le lipogon est continué (injection sous-cutanée tous les quatre jours). La malade a une température qui ne dépasse pas plus de 38°, mais des douleurs encore épouvantables. Malgré l'appareil plâtré, ces douleurs sont telles qu'il faut faire chaque soir de la morphine et que le moindre soin de toilette donné par les infirmières est un réveil de cris. La malade en arrive, par crainte du bassin à glisser, à uriner sous elle sans prévenir. Il en résulte bientôt une escarre sacrée importante dont les pansements vont donner lieu à des douleurs, à des crises de larmes qui affligent le personnel. La maladie est véritablement atroce et grave. La malade ne dort pas, ne s'alimente pas, devient cachectique, a une large escarre. Le lipogon est continué sans autres gains pour la chute de la température, dont on peut aussi accorder le bénéfice à l'immobilisation par le plâtre. Il convient d'indiquer que, au cinquième prélèvement de pus vaginal,

l'examen bactériologique a révélé la présence de gonocoque pur.

Je fais faire une nouvelle radiographie, le 25 février. Elle est déconcertante. Dans la gouttière plâtrée qui semblait l'immobiliser la malade est en train de réaliser une luxation pathologique. La tête fémorale semble à demi-amputée par le sourcil cotyloïdien. La moitié inférieure du cotyle est désertée. Ce qui reste de la tête est en subluxation en haut et en arrière. Les choses se passent comme si le rebord cotyloïdien, à la façon d'un instrument tranchant, tranchait, reséquait cette tête poreuse dont la première radiographie montrait la décalcification aiguë.

Je fais supprimer la gouttière plâtrée et appliquer l'extension continue.

La malade en éprouve un grand soulagement. De ce jour cessent les phénomènes douloureux. Le lipogon est continué pendant quinze jours encore ; l'état général de la malade s'améliore. Elle mange, dort, ne redoute plus le pansement de l'escarre.

Une nouvelle radiographie le 15 mars, montre que l'extension n'a pas corrigé la subluxation. Par crainte d'une ankylose en attitude tout à fait vicieuse, je n'ose pas placer cette cuisse en flexion, rotation externe et abduction qui favoriserait le retour de la tête. Je fais faire un appareil plâtré par le docteur Robert Ducroquet. La malade le gardera deux mois. Elle ne souffre plus, engraisse, répare vite son escarre.

Le 15 mai, l'appareil plâtré est enlevé. La malade a une cuisse gauche fort atrophiée, un raccourcissement de 4

centimètres, une hanche incomplètement ankylosée en subluxation.

Il faut souligner et publier ce déplorable résultat orthopédique. Voici une jeune fille de 20 ans, vierge, dont la mono-arthrite aiguë coxofémorale, diagnostiquée au 20e jour et malgré trois examens bactériologiques négatifs, justement étiquetée gonococcique et traitée par des vaccins thérapeuthiques antigonococciques, a entraîné, malgré le plâtre, une luxation pathologique.

DÉFINITION. HISTORIQUE DE L'ARTHRITE GONOCOCCIQUE

Définition. — L'arthrite gonococcique est une complication d'une maladie microbienne due au gonocoque. L'infection est apportée à l'articulation par le sang : elle survient quand la gonococcie cessant d'être une maladie locale devient une maladie générale.

Elle rentre dans la grande classe des pseudo-rhumatismes infectieux dont Bouchard, un des premiers, formula d'une façon précise les caractères : « toutes les maladies infectieuses peuvent présenter parmi leurs manifestations contingentes, des déterminations articulaires distinctes du vrai rhumatisme et relevant de l'infection générale de l'économie ».

Cette localisation de la gonococcie apparaît généralement au cours de l'urétrite aiguë, cependant les autres localisations gonococciques peuvent aussi se compliquer de pseudo-rhumatisme (nous rapporterons plus loin un cas où l'arthrite succéda à une ophtalmie purulente). Une fois déclarée, l'arthrite semble évoluer pour son propre compte comme une affection à part, mais l'état de l'urètre ou du vagin n'est probablement pas indifférent à la marche ultérieure de l'arthrite.

Historique. — Nous n'avons pas l'intention de faire ici l'historique complet du rhumatisme gonococcique. Retraçons-en les grandes lignes.

Depuis 1781, année où Selle écrivait : « je suis assuré par ma propre expérience et par celle des autres que la matière gonorrheïque peut être absorbée et produire des douleurs dans les articulations », et où Swédiur étudiait dans son travail l'arthrite du genou à laquelle il avait donné le nom de gonocèle ou de tumeur blennorrhagienne du genou, jusqu'à la découverte du gonocoque par Neisser en 1889, la question n'avait pas fait grand progrès. Ricord, Velpeau, Cloquet, Fournier avaient cependant fait à ce sujet des travaux fort intéressants. Mais le problème restait obscur et en 1866, il y eut controverse à la société médicale des hôpitaux sur la question de Peter : « Y a-t-il coïncidence ou corrélation entre le rhumatisme aigu et la blennorrhagie ? » C'était poser le problème de la spécificité et celle-ci ne pouvait être affirmée avant la période bactériologique.

Le diplocoque découvert par Neisser fut retrouvé, dans le liquide évacué par ponctions d'articulations malades, par Petrone en 1883. Peu de temps après d'autres auteurs le retrouvèrent, parmi ceux-ci nous citerons notre maître Bousquet, qui a présenté le 28 août 1885 à la Société de Chirurgie une observation d'arthrite blennorragique suppurée. Après la ponction, le liquide fut examiné au microscope et on découvrit le gonocoque. En 1894, Hewers isola le même microbe dans le sang de deux malades atteints de polyarthrite blennorrhagique.

Depuis, de nombreux auteurs ont étudié la septicémie gonococcique et ses localisations poly- et mono-articulaires.

FRÉQUENCE ET ÉTIOLOGIE DE L'ARTHRITE GONOCOCCIQUE DE LA HANCHE

Si le rhumatisme blennorragique est assez fréquent : « vous le trouverez une fois sur 45 blennorrhagies » a dit Fournier, l'arthrite à gonocoques de l'articulation coxo-fémorale est une des localisations les moins communes. Voici du reste les statistiques que nous avons pu relever :

AUTEURS	ARTHRITES gonococciques	ARTHRITES gonococciques de la hanche
Voelker	304 cas	19 cas
Foucault	18 —	0 —
Brandes	34 —	10 —
Rollet	28 —	5 —
Fournier	39 —	1 —
Auvergniot	57 —	1 —
Dezanneau	21 —	0 —
Fresney	38 —	1 —
Hurtado	56 —	8 —
Total	595 —	45 —

L'ensemble de ces statistiques donne un pourcentage d'environ 7 % des localisations articulaires de la gonococcie à l'articulation coxo-fémorale. Et dans ce chiffre nous comptons les formes poly-articulaires, où l'articulation de la hanche est atteinte en même temps que plusieurs autres.

Aucun âge ne prédispose particulièrement à cette localisation et les nourrissons eux-mêmes peuvent être atteints dès les premières semaines de leur vie par une arthrite infectieuse à gonocoques, dont l'origine remonte à une ophtalmie purulente.

Les deux sexes paraissent à peu près également frappés. Kœnig qui a observé 20 cas de coxite gonorrhéique a eu affaire onze fois à des femmes, neuf fois à des hommes. Cependant « Jules Cloquet a recueilli nombre d'observations, desquelles il résulte que, en cette occasion, les articulations iléo-fémorales sont plus souvent atteintes chez les femmes que chez les hommes ».

Il semble indéniable que le tempérament arthritique constitue une prédisposition sérieuse. Sans doute toutes les victimes ne sont pas des arthritiques, mais on ne peut méconnaître que la plupart soient entachées de cette diathèse. La cause déterminante étant le gonocoque, il n'en est pas moins vrai que son action est favorisée par le traumatisme, plusieurs fois noté par les auteurs (Kœnig l'a trouvé dans un quart de ses cas de coxite), par le froid humide et la fatigue. Notons encore une importante cause prédisposante : la puerpéralité. Le traumatisme utéro-vaginal de l'accouchement réveillerait alors une vieille infection gonococcique jusque-là latente, et c'est cela qui explique probablement la plus grande fréquence de la cox-arthrite gonococcique chez la femme. On sait, en effet, aujourd'hui que bien des arthrites puerpérales sont dues au gonocoque et non pas au streptocoque.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES ARTHRITES GONOCOCCIQUES DE LA HANCHE

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question négligent un peu ce chapitre. La chose s'explique par la rareté des autopsies pratiquées : l'affection, presque jamais suivie d'issue fatale, n'a pas permis de réaliser ces examens indispensables à une bonne étude. Cependant, d'une part, l'intervention sanglante pratiquée soit à la phase suppurée, soit plus tardivement, alors qu'il s'agissait de réparer des désordres articulaires, tels qu'une ankylose en position vicieuse, d'autre part, la radio, comme dans l'observation de M. le Dr Mondor, ont permis de saisir quelques détails anatomo-pathologiques qu'il est intéressant de passer en revue.

Les muscles voisins de la lésion sont frappés d'amyotrophie. La synoviale est fortement épaissie, rougeâtre, d'apparence granuleuse, quelquefois même tomenteuse. Elle peut être recouverte d'un exsudat fibrineux plus ou moins adhérent.

Les ligaments sont distendus à cette phase aiguë ; nous verrons plus loin qu'à la phase chronique on les trouve dégénérés en un tissu rétractile de même nature que le tissu cicatriciel. Le ligament rond, lui, est partiellement détruit, comme le rapporte l'observation de M. Griffon, citée au cours de ce travail.

Le liquide articulaire est séreux, louche ou purulent, suivant la gravité de la forme.

Les lésions cartilagineuses consistent surtout en ulcérations compressives au pôle supérieur de la tête fémorale, sur le toit du cotyle et la partie haute du sourcil cotyloïdien.

Et tout ne s'arrête pas là, car les extrémités osseuses sont aussi profondément lésées. La radiographie nous a permis de saisir les diverses phases de cette altération du squelette.

Au vingtième jour de l'arthrite dont nous rapportons l'observation, on pouvait constater, au niveau de la tête fémorale, ces lésions d'ostéite raréfiante que Kiembock a bien décrit et que le Dr Dufour a souvent signalé dans ses communications à la Société Médicale Des Hôpitaux en 1919. Les contours osseux avaient perdu leur netteté.

Au quarantième jour, il y avait une décapitation partielle de la tête. Cette lésion s'explique par la traction vive et continue des muscles puissants de la région, contracturés par réflexe. La traction s'exerçant en haut et en arrière avait fini par user la tête sur le bourrelet cotyloïdien et préparer ainsi la luxation pathologique que montra un nouvel examen radiologique.

Bactériologie. — C'est dans les franges de la synoviale et dans l'exsudat fibrineux qui la tapisse qu'on trouve souvent le gonocoque, qui, en raison de sa fragilité, n'est trouvé qu'exceptionnellement dans le liquide épanché.

Il conviendra donc de tenir pour privés de toute

valeur absolue les examens négatifs du liquide retiré par ponction. Et pour donner à ces examens mêmes quelques chances de réussite, il faudra s'entourer des précautions sur lesquelles les bactériologistes ont longuement insisté, ces dernières années et sur lesquelles — rien ne concernant spécialement la hanche — nous ne nous étendrons pas.

FORMES CLINIQUES

On classe généralement les arthrites gonococciques en :

I. — Arthralgies.

II. — Hydrarthrose.

III. — Arthrites aiguës : 1° poly-articulaires ; 2° mono-articulaires ; 3° suppurées ; 4° septicémiques.

IV. — Formes chroniques ankylosantes.

Dans la clinique ces formes s'associent, se superposent ou se succèdent chez un même malade s'éloignant plus ou moins du tableau précédent un peu trop schématique.

Nous allons nous servir des observations que nous avons recueillies pour étudier successivement ces différentes formes en insistant sur les particularités des localisations coxo-fémorales.

I. — Arthralgies

Dans la plupart des cas d'arthralgies que nous avons rencontrés, la hanche a été affectée avec plusieurs autres articulations et d'ailleurs d'une façon toute transitoire. C'est pour cette raison que nous n'insisterons pas sur cette forme qui ne mérite qu'à peine le nom d'arthrite.

II. — Hydrarthrose

Si, au genou, c'est la forme hydropique que l'on rencontre le plus souvent parmi les formes nombreuses du

rhumatisme blennorrhagique, il n'en est pas ainsi à la hanche : nous n'avons pu en retrouver qu'un seul cas, d'ailleurs assez instructif.

L'hydrarthrose ici, comme aux autres articulations, débute insidieusement sans arthralgies préalables. Ce n'est que lorsque l'épanchement séreux est constitué et qu'il distend la synoviale que le malade ressent de vives douleurs. Cet épanchement se produit du jour au lendemain et au réveil le malade éprouve une gêne mal définie à mobiliser son membre inférieur.

Les signes d'inspection ont dans cette région une grande importance. La hanche est déformée, globuleuse par effacement des creux et des méplats normaux. Le pli fessier est moins prononcé du côté de la lésion et le haut de la cuisse prend l'aspect dit « en gigot » pour peu que l'épanchement intra-articulaire soit abondant. La peau ne présente ni rougeur, ni œdème, ni aucun signe inflammatoire. Le membre, le malade étant couché, se place en flexion plus ou moins accentuée et en légère rotation externe, simple position de relâchement.

A la palpation on peut sentir un empâtement profond, mais l'on ne peut compter trouver ici de la fluctuation nette, sauf chez les tout jeunes enfants, ainsi que le relate une des observations que nous rapportons, qui concerne un nourrisson. La raison en est dans ce fait que l'articulation de la hanche est matelassée en avant comme en arrière par d'épaisses masses musculaires.

Les extrémités osseuses ne sont pas tuméfiées. Pas d'adénopathie inguinale.

La maladie évolue sans réaction thermique, ni phénomènes généraux.

OBSERVATION II

(Thèse Vœlker, Paris 1868)

Arthrite blennorrhagique de l'articulation coxo-fémorale gauche (forme hydrathrose)

X..., 21 ans, domestique. Tempérament lymphatique. Bonne santé habituelle. Père rhumatisant, mère bien portante.

Le 13 novembre 1867, vives douleurs dans les régions fessière et inguinale gauches. Le pouls est calme.

Absence de chaleur, de rougeur et de tuméfaction aux points douloureux.

Il n'a jamais eu de rhumatismes, ne s'est exposé ni au froid, ni à l'humidité. Ni rhumatismes antérieurs, ni chute, ce qui n'a pas empêché ces accidents douloureux, d'une intensité très grande.

Tout mouvement, volontaire ou provoqué, de flexion ou d'extension est douloureux. Pli fessier moins prononcé à gauche qu'à droite ; en arrière et en avant de l'articulation gauche, il semble y avoir de l'empâtement.

Ce malade a une blennorragie depuis trois semaines, mais à ce moment elle a presque disparu.

Trois blennorragies antérieures n'ont jamais entraîné les accidents actuels. En ce moment le malade ne peut se lever, tant est vive la souffrance.

Le 14. Frictions au cerat laudanisé, repos au lit. La douleur est calmée. Enveloppement de l'article gauche.

Le 15. Amélioration réelle. Peut remuer la jambe. Sommeil revenu. Empâtement léger de l'articulation. Ni fièvre, ni endocardite. Repos et cerat.

Le 20. Toute douleur a disparu.

Mouvements faciles en extension et en flexion. Ni frottements articulaires, ni mobilité anormale. Un peu de faiblesse dans le membre.

L'écoulement augmente. Le malade peut se lever, mais reste ouaté. Cubébe.

Le 13 décembre, l'écoulement, quoique diminué, persiste encore. Mictions faciles, indolores, urines claires.

Le 20. Guérison totale.

Il s'agissait là d'une arthrite de la hanche avec épanchement synovial, épanchement qui s'est résorbé progressivement. Nous voyons que la seule articulation coxo-fémorale a été atteinte, les autres articulations étant restées indemnes. Ce qui frappe dans cette observation c'est l'intensité des accidents douloureux (nous savons en effet que les autres arthrites gonococciques à forme hydrarthrosique sont rarement douloureuses), et aussi la réapparition de l'écoulement, coïncidant exactement avec la guérison de l'articulation (l'inflammation se réveillant dans l'urètre, tandis qu'elle se calmait dans la hanche).

III. — Arthrites aigues

1° *Forme poly-articulaire.*

Dans cette forme ce sont les symptômes généraux qui ouvrent la scène : fatigue, pâleur, courbature, fièvre.

Une grosse articulation est d'abord prise, puis les signes d'arthrites s'étendent à deux ou trois articulations, sans aller plus loin, car il y a presque toujours oligo-arthrite. Finalement l'inflammation se localise à une ou deux articulations qu'elle ne quitte plus. Dans les deux observations que nous avons trouvé se rapportant à cette forme poly-articulaire du rhumatisme blennorragique à localisation coxo-fémorale, les articulations atteintes furent la hanche, le genou et le cou-de-pied, mais tandis que dans l'une l'inflammation fut descendante, touchant d'abord la hanche, puis le genou, et enfin l'articulation tibio-tarsienne, dans l'autre elle fut au contraire ascendante, le cou de pied étant le premier attaqué, le genou et la hanche se succédant par ordre de situation. Mais nos deux observations sont encore intéressantes par un autre point.

Tandis que l'une est l'observation de l'arthrite poly-articulaire aiguë courante, avec douleurs articulaires au repos, exagérées à la pression faite au niveau de l'interligne articulaire, atrophie musculaire précoce et évolution bénigne, l'autre au contraire, celle d'un jeune homme de 16 ans, fut une forme grave, suppurée. Et ceci semble bien montrer qu'entre une arthrite aiguë et une arthrite suppurée, il n'y a qu'une différence d'intensité des phénomènes inflammatoires aboutissant ou non à la suppuration, et d'ailleurs la ponction montre fréquemment du liquide articulaire qui n'est ni séreux, ni purulent : un liquide louche qui est celui de la forme intermédiaire probablement la plus fréquente.

OBSERVATION III

(Dezanneau, Th. Paris 1893-96)

Forme poly-articulaire

Gaston M..., 25 ans, ébéniste, entre salle 6, n° 20 (Hôpital du Midi), le 1er mars 1896.

Blennorragie datant d'un mois et demi.

Rhumatisme datant d'un mois.

Les douleurs ont commencé par le cou de pied, puis le genou et finalement l'articulation coxo-fémorale fut prise. Les douleurs sont vives à la pression au niveau des interlignes articulaires. L'articulation tibio-tarsienne surtout est très enflée et douloureuse. Il y a une légère atrophie du membre.

Le malade commence le traitement. Opiat et salicylate de soude. Bains locaux térébenthinés. Dès le début, le malade se trouve soulagé. Le 28 mai, il quitte l'hôpital, après 25 bains. L'enflure et la douleur ont disparu.

On notera ici l'atrophie musculaire commune à toutes les formes d'arthrite gonococcique aiguës.

OBSERVATION IV

Forme poly-articulaire suppurée

(Voir page 39 : *arthrites suppurées*)

2° *Forme mono-articulaire de l'arthrite coxo-fémorale gonococcique aiguë*

Nous insisterons davantage sur cette forme, qui est à la hanche la forme la plus commune. Sa gravité est

très variable et d'après Kœnig, elle présente deux aspects, l'un à début bénin, l'autre à caractères graves d'emblée.

La douleur, signe capital, débute quelquefois après un léger traumatisme, par des prodromes arthralgiques peu intenses, mais c'est souvent en pleine nuit, brusquement, que le malade ressent dans la région iléo-fémorale une douleur soudaine, atroce, d'une intensité exceptionnelle, qui empêche le sommeil. Le moindre mouvement, les frôlements du drap même, l'exaspèrent à un tel point qu'il s'établit très vite une contracture réflexe.

La contracture empêche toute mobilisation du membre et le fixe en attitudes vicieuses.

Les attitudes vicieuses dans deux de nos observations sont des immobilisations du membre en flexion, adduction et rotation interne. Mais le professeur Kœnig, qui en a soigné vingt cas, a pu constater que la position habituelle est l'abduction et la rotation externe. Il semble que cette divergence puisse s'expliquer ainsi : les malades vus en flexion, adduction et rotation interne, en étaient au moment où ils furent examinés, à leur seconde phase d'attitude vicieuse. Ils commençaient déjà une subluxation, d'ailleurs, dans ce cas, Kœnig le fait remarquer, il y a alors ascension du grand trochanter.

En plus de cette attitude vicieuse, l'inspection montre la partie supérieure de la cuisse tuméfiée, la partie inférieure au contraire atrophiée. Ce qui contribue à donner au membre l'aspect dit « en gigot ».

La palpation est extrêmement difficile en raison de l'intensité des phénomènes douloureux. La peau est

chaude. On ne sent pas d'œdème péri-articulaire, mais une saillie sous crurale en avant. Il y a des points osseux particulièrement douloureux et la pression au niveau de la face externe du grand trochanter fait généralement pousser un cri de douleur au malade, de même qu'une pression digitale pratiquée par le toucher rectal au niveau de la face pelvienne de l'os iliaque, dans la région cotyloïdienne.

L'évolution de cette cox-arthrite est toujours longue : plusieurs mois ; elle est d'un pronostic sérieux. L'enfant a plus de chance d'arriver à la guérison complète. L'observation de M. Hallé d'une fillette de 7 ans, qui quitta l'hôpital absolument guérie de son arthrite de la hanche après une forme sévère, semble indiquer que, chez l'enfant, il existe des ressources spéciales et une aptitude plus grande à réparer ses tissus et même à les régénérer. Sur les 20 cas de Kœnig, il y eut 8 malades qui gardèrent un raccourcissement par destructions osseuses, un cas de mort consécutif à un phlegmon périnéphritique à gonocoques. Cinq cas seulement guérirent sans séquelles. Ces séquelles sont surtout dues à l'ankylose plastique par rétraction fibreuse ou même par soudure osseuse. D'autres fois, on peut voir aboutir le résultat inverse d'une hanche ballante, du fait de la décapitation de la tête fémorale par le processus inflammatoire.

OBSERVATION V (inédite)

Monoarthrite aiguë de la hanche

(Voir plus haut page 10)

OBSERVATION VI

(Dr Hallé, *Revue des maladies de l'enfance*, 1900)

Monoarthrite aiguë de la hanche

Alice M..., âgée de 7 ans, entrée à l'hôpital des enfants malades le 21 août 1899, salle Parrot, dans le service de M. le professeur Gaucher, pour une arthrite de la hanche de date récente et rendant la marche absolument impossible. L'enfant est amenée dans les bras de sa mère et l'articulation malade est si douloureuse que les moindres mouvements arrachent des cris à la petite malade.

L'examen le jour de l'entrée donne les renseignements suivants :

C'est une fillette assez pâle, sans fièvre, intelligente, mais difficile à examiner, car elle redoute toute exploration et pousse des cris de douleur, dès qu'on touche le membre malade. L'enfant est étendue au lit, la cuisse gauche fortement fléchie sur le bassin avec un notable degré d'adduction de la cuisse. L'exploration méthodique de la région malade montre les signes d'une arthrite aiguë de l'articulation coxo-fémorale gauche. La région de la hanche est légèrement empâtée, et dans l'aine on trouve deux à trois ganglions lymphatiques, un peu augmentés de volume.

La palpation est très douloureuse. Les mouvements d'abduction de la cuisse sont impossibles. On sent nettement dans les efforts pour provoquer l'abduction un degré marqué de contracture dans les adducteurs. On ne peut allonger la jambe malade, et les essais de flexion de la cuisse sur le bassin montrent que le bassin seul est mobile : il existe un peu d'atrophie des fessiers ; la recherche de la ligne de Nelaton fait voir que le trochanter a gardé sa position normale. Ce qui frappe surtout dans cette arthrite, c'est l'extrême douleur spontanée accusée par la malade, douleur qui n'est pas habituelle à un si haut degré dans les arthrites tuberculeuses.

Le reste de l'examen de l'enfant offre moins d'intérêt. L'exploration des organes thoraciques montre l'intégrité des poumons et du cœur. Les autres organes paraissent sains, il n'existe aucun signe de tuberculose osseuse, cutanée ou viscérale. Il n'y a pas de fièvre. La seule chose qui frappe c'est l'existence d'un écoulement vulvaire assez abondant, assez difficile à voir, tout d'abord à cause de la position prise par la jambe de la malade qui, placée en adduction et en flexion, cache les parties génitales.

La mère, interrogée sur les antécédents de l'enfant et le début de la maladie actuelle, donne les renseignements suivants :

Antécédents héréditaires. — La mère est bien portante ; il y a deux autres enfants bien portants. Le père se porte bien, mais vit séparé de sa femme.

Antécédents personnels. — La petite malade née à terme a marché à un an et a été élevée en nourrice. Depuis son retour de nourrice, la santé de la fillette a subi plusieurs

assauts. Confiée à sa grand'mère, elle contracte chez elle un écoulement vulvaire qui n'a jamais guéri. Elle a été enlevée à sa grand'mère à la suite d'une affaire judiciaire. L'enfant a eu les oreillons, la coqueluche, la rougeole et a guéri de toutes ces maladies, sauf de sa vulvite qui persiste encore actuellement.

La mère, qui a d'abord essayé de soigner cette vulvite et a consulté à l'hôpital Trousseau, a renoncé depuis quelque temps à tout traitement. Le début des accidents aigus du côté de la hanche remonte à huit jours environ. L'enfant avait été conduite au bain ; au retour elle se plaignit de la jambe ; le soir, la fillette boitait beaucoup ; le lendemain, il fallut la laisser au lit et depuis huit jours, le mal a pris de telles proportions que le moindre mouvement arrache des cris à l'enfant qui est couché au lit, la jambe et la cuisse fléchies dans l'impossibilité de bouger. C'est dans cet état que la malade est conduite à l'hôpital.

Evolution de la maladie. — Le jour de l'entrée, le diagnostic était un peu indécis. L'idée d'une coxalgie venait d'abord à l'esprit ; on avait, en effet, réunis chez cette malade, tous les signes de l'arthrite coxo-fémorale ; cependant le début brusque, l'intensité des phénomènes douloureux, l'absence de douleur dans le genou et d'une phrase prémonitoire de boiterie, enfin surtout la présence d'une vulvo-vaginite nous firent porter le diagnostic d'arthrite blennorragique de la hanche.

Le traitement institué fut donc dirigé surtout contre la blennorragie. On prescrivit des lavages vaginaux quotidiens au permanganate de potasse à 1 pour 1.000. On ne tenta pas de redresser la jambe malade ; mais on appliqua sur l'arti-

culation un pansement humide avec des compresses d'eau blanche.

Examen bactériologique. — Le lendemain 22 août, avant le lavage vaginal, il fut prélevé dans le vagin un peu de pus pour l'examen bactériologique. Cette analyse confirma le diagnostic de vulvite blennorragique. Les lamelles montrèrent en abondance et à l'état de pureté un microorganisme ayant tous les caractères du gonocoque de Neisser. Le pus fut ensemencé sur plusieurs tubes de culture contenant le milieu de Wertheim (agar-ascite). Les cultures montrèrent des colonies de gonocoque à l'état de pureté.

L'évolution ultérieure de la maladie confirma également le diagnostic d'arthrite blennorragique de la hanche.

Trois jours après l'entrée, les douleurs spontanées de l'articulation avaient un peu diminué ; il fut possible d'explorer plus à l'aise l'articulation malade et d'obtenir une meilleure position de la jambe. Les lavages vaginaux, très gênés les premiers jours à cause de la mauvaise position de la cuisse, devinrent plus faciles et l'on put un peu écarter le membre malade.

Au bout d'une semaine, l'enfant pouvait allonger la jambe et se tenir debout sans trop souffrir, mais ne pouvait marcher. Le 9 septembre, l'enfant fit quelques pas, en boitant, mais sans trop souffrir. L'écoulement vulvaire ayant beaucoup diminué, on cessa les lavages au permanganate de potasse ; mais l'écoulement reparut le 20 septembre et on dut revenir aux injections. Les signes d'arthrite coxo-fémorale s'améliorèrent beaucoup à partir de cette époque.

Au début d'octobre, l'enfant put commencer à se lever ;

elle boitait encore légèrement et gardait de l'atrophie de la fesse et de la cuisse. Vers le milieu d'octobre, tout signe d'arthrite a disparu. L'enfant quitte l'hôpital le 10 novembre, absolument guérie de son arthrite, mais gardant un peu de vulvite entretenue par des habitudes de masturbation.

Communication

Rhumatisme blennorrhagique grave. Ankylose de la hanche (1)

— J'ai cru intéressant de présenter à la Société l'observation d'un homme de 28 ans, atteint de blennorragie et qui au cours de son affection uréthrale a vu se développer un rhumatisme articulaire qui a présenté une importance exceptionnelle. Les douleurs d'abord localisées au genou gauche se sont ensuite étendues à l'articulation de la hanche. Les douleurs extrêmement vives rendaient tout mouvement impossible.

La région extrêmement gonflée était très douloureuse à la pression. Pendant plusieurs semaines, la température atteignit le soir 39° et plus, pour retomber d'un degré le matin. Le sero-diagnostic de la fièvre typhoïde resta négatif. Les traitements les plus variés furent employés sans succès. Simple coïncidence sans doute : au moment où l'on avait recours à l'alcoolature d'aconit, la fièvre tomba et les douleurs diminuèrent ; la période aiguë avec rémissions intercalaires durait depuis près de deux mois. Actuellement les douleurs ont cessé, mais l'articulation est restée profondément touchée. Il existe une ankylose à peu près absolue

1. Dr Halipré, *Normandie médicale*, 1902.

de l'articulation avec élévation de l'épine iliaque et raccourcissement apparent de six centimètres.

Une radiographie du bassin due à l'obligeance de M. Giscard montre que la tête fémorale du côté malade a perdu la netteté de ses contours. Sur le cliché, nous avons constaté l'existence d'une sorte d'encoche profonde semblant diviser la tête en deux parties.

Ajoutons qu'au cours des poussées articulaires, le malade fut atteint, soigné et guéri d'un iritis blennorragique.

Cette forme est rare, mais en tenant compte de la rareté même des coxites gonococciques, elle paraît cependant, toute proportion gardée, plus fréquente à la hanche qu'aux autres articulations.

La forme suppurée est en général mono-articulaire, cependant, ici non plus, il n'y a pas de règle absolue et de même que nous avons montré plus haut qu'il peut y avoir des poly-arthrites gonococciques à forme suppurée, de même ici, nous servant du même exemple, nous dirons qu'il y a des formes suppurées à localisations poly-articulaires.

Dans les formes précédentes, l'état général, quoique ayant réagi par une réaction thermique, était malgré tout peu atteint. Ici, l'état général est sérieux, il est même grave et le tableau clinique devient impressionnant. La température oscille entre 39° et 40° avec légère rémission matinale. La fièvre s'accompagne de frissons et de sueurs profuses. Les urines sont rares, hautes en couleur. Le pouls bat aux environs de 130. La langue est sèche, le teint plombé.

A l'inspection, la hanche a toujours la forme en gigot, mais cette fois la peau est rouge au maximum, quelquefois même elle est érysipélateuse. En avant, le creux inguinal est effacé, de même qu'en arrière le creux qui siège entre le grand trochanter et l'ischion a disparu, ce qui donne une augmentation du diamètre antéro-postérieur de la région et une forme plus globuleuse à la racine du membre.

La palpation révèle une peau brûlante et un tissu sous-cutané infiltré d'œdème. C'est le moment d'intervenir.

A la ponction, on trouve un liquide très louche, souvent même franchement purulent. A la hanche, il est exceptionnel que le pus fasse issue à travers la capsule articulaire solide et dissèque les muscles de la région. Les dégâts articulaires se font à l'intérieur de la cavité synoviale. Sonnenburg, de Berlin, eut l'occasion de faire une ressection de l'articulation coxo-fémorale dans une coxite gonococcique suppurée, où il put isoler le gonocoque. Cette suppuration avait entraîné déjà après quatorze jours une carie osseuse et de gros dégâts articulaires.

L'arthrotomie faite, les phénomènes généraux s'amendent en général et ordinairement, autant que le permettent les dégâts que la suppuration a fait subir à l'articulation, tout rentre dans l'ordre. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Si, pour une cause ou une autre, la collection purulente n'est pas mise à jour, les phénomènes généraux s'accentuent au contraire, le pouls devient petit, incomptable, la faiblesse augmente, l'état du

malade devient comateux, les sécrétions se tarissent et le malade succombe vite à une véritable forme septicémique. Témoin l'observation de M. Griffon qui rapporte le cas d'un nourrisson mort de septicémie à la suite d'une arthrite suppurée de la hanche, consécutive à une ophtalmie purulente. L'autopsie qui put être pratiquée montra un pus abondant épais et visqueux dans la cavité articulaire, le ligament rond partiellement détruit, mais les tissus périarticulaires étaient sains et la capsule était intacte.

OBSERVATION VII (résumée)

(Griffon, *Presse médicale*, 1896)

Forme suppurée mono-articulaire

M. M..., né le 11 août 1895, entre le 2 septembre 1895, à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Beaudeloque, lit n° 20.

La mère a eu une leucorrhée ancienne, l'accouchement a été laborieux et dès les premiers jours, une ophtalmie purulente s'est déclarée qui persiste encore à l'entrée de l'enfant à l'hôpital, accompagnée d'une perforation de la cornée des deux côtés. Il y a en plus de la vulvo-vaginite.

Le 3 septembre, on remarque que l'enfant n'étend pas la cuisse droite et se plaint quand on remue ce membre.

5 septembre, 36° le matin. Le poignet droit est pris. La cuisse est fléchie sur l'abdomen, si on tente de l'étendre, on provoque des cris. La région fessière est arrondie, globuleuse, la hanche a la forme dite en gigot. On sent la synoviale distendue par un épanchement et on peut déceler de la

fluctuation en arrière du grand trochanter. Pas de rougeur de la peau, pas d'hypertermie locale. Au lit l'enfant ne se plaint pas. Les selles sont un peu verdâtres.

6 septembre. La tuméfaction de la hanche droite a diminué. La température le matin 36° 5.

7 septembre. La hanche reste globuleuse. En plus, on note de la rougeur légère des téguments et une petite élévation de la température locale, 38° le soir.

Jusqu'au 12 septembre, l'état général se maintient à peu près le même, plutôt avec un peu d'amélioration. Mais à partir de ce moment l'enfant dépérit. Elle vomit, la peau se plisse, les secrétions paraissent taries. Les synoviales des extenseurs et fléchisseurs de la main sont distendues par du liquide.

Le poignet est déformé et la hanche donne l'impression que sa synoviale est, elle aussi, distendue. La peau présente une légère rougeur. La cuisse est fléchie, mais la flexion extrême est impossible, l'abduction est très limitée. Toutes les sécrétions s'arrêtent. L'enfant dépérit effroyablement, la température, d'abord de 35°, monte successivement à 36° et à 37°. Le 14 septembre 1895, l'enfant s'éteint à 6 heures du soir.

A l'autopsie, la hanche, la seule articulation qui nous intéresse ici, renferme un pus abondant très épais, blanc, visqueux avec quelques grumeaux plus compacts. Les tissus periarticulaires paraissent sains. La synoviale est lisse, non injectée. Le ligament rond est partiellement détruit, il n'y a pas de fusées purulentes disséquant les masses musculaires voisines. Toutes les autres articulations, à part le

poignet, étaient saines. Le pus contenait du staphylocoque blanc.

OBSERVATION VIII

(Th. Eltchaninoff, Paris, 1893)

Forme suppurée poly-articulaire

Joseph P..., 16 ans. Parents non rhumatisants. Entré à l'hôpital avec douleur de l'articulation coxo-fémorale droite. Rotation en dehors. Les premiers accidents se manifestent le 1er février.

Légère coloration de la partie malade. Enorme gonflement de la racine du membre. Creux inguinal effacé, l'artère fémorale bat superficiellement. En arrière, effacement du creux entre l'ischion et le grand trochanter, ce qui donne une augmentation du diamètre antero-postérieur.

Douleurs très vives dans l'article quand on tente de mobiliser le membre. Genou droit douloureux.

Aucune modification de la racine du membre. Douleurs légères à l'épaule. Souffle doux au cœur au 1er temps. Sueurs profuses, urines rares, fièvre. Pouls : 130. Rougeur du méat urinaire.

On traite : ventouses scarifiées, eméto-cathartiques, immobilisation du pied. Les jours suivants, sulfate de quinine. L'état ne s'améliore pas.

Le 14. Ecoulement à l'urèthre. Le diagnostic est confirmé : c'est bien un rhumatisme gonococcique.

Le 15. Un abcès formé au niveau de l'épaule est ouvert.

Pus verdâtre et visqueux. L'état devient meilleur. Douleur au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite. Incision. Pus.

Le 20. Les parties qui environnent l'article coxo-fémorale s'affaissent, deviennent pâteuses et œdématiées en avant et en arrière. On soupçonne une coxalgie suppurée. Diarrhée.

Le 28. Dyspnée. Pleurésie droite.

Le 6 mars, augmentation de l'empâtement au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite. Tuméfaction du pied. Fluctuation obscure. Fièvre. Pouls : 94. Léger écoulement de l'urèthre.

Le 9. Anémie profonde. Immobilisation de la jambe.

Le 10. Altération des traits. Dyspnée, symptômes pulmonaires.

Le 12. On constate nettement de la fluctuation au niveau de l'article coxo-fémoral. Incision à la partie externe de la racine du membre. Il s'écoule du pus ; on draine.

IV. — Forme chronique ankylosante

Cette forme est la suite fréquente des arthrites de la hanche ; l'inflammation gagnant plus ou moins profondément les éléments constitutifs de l'articulation donne des ankyloses ligamenteuses ou osseuses.

Les premières sont constituées par la dégénérescence fibreuse des ligaments de l'articulation et de la synoviale sous-jacente, formant des prolongements synoviaux adhérents aux plans fibreux voisins et créant ainsi un solide obstacle à la mobilisation. Le ligament lui-même,

ayant perdu sa forme, s'est infiltré d'un tissu lamineux ayant la même propriété que le tissu cicatriciel : la rétractilité.

Les ankyloses osseuses sont constituées par des soudures entre les deux portions du squelette : d'une part, la tête ou ses vestiges, d'autre part, la cavité cotyloïde. Cette forme est celle de l'ankylose complète et définitive. Elle procède d'une destruction cartilagineuse, nous a appris Walther.

Le Dr Cuq déplorait l'impuissance médicale à ce sujet en rapportant le cas d' « un artilleur atteint d'arthrite de l'articulation coxo-fémorale avec atrophie et ankylose du membre inférieur droit. Il avait trouvé ce malade dans les salles militaires où il prenait le service. Rien n'avait été négligé pour le guérir, l'étiologie n'était pas douteuse et il dut le réformer sans avoir pu vaincre cette ankylose ».

DIAGNOSTIC

La multiplicité des formes cliniques, la latence de la gonococcie chez certains sujets, les femmes notamment, rendent parfois le diagnostic d'arthrite gonococcique extrêmement difficile.

Une bonne règle est d'y songer chaque fois qu'on se trouve devant un malade qui se plaint de la hanche et cela non seulement chez le malade qui se trouve dans la période génitale de la vie, mais même chez l'enfant et surtout chez la fillette, souvent atteinte de vaginité méconnue.

Le laboratoire sera d'un précieux secours. Mais il faut parfois des recherches patientes et ce n'est souvent qu'après plusieurs prélèvements négatifs qu'on aura la satisfaction de voir confirmer un diagnostic jusque-là hésitant.

La radiographie montre, dans le cas d'arthrite de la hanche d'origine gonococcique, des lésions dont nous avons parlé à propos de l'anatomie pathologique de cette affection.

C'est d'abord le flou des contours osseux, non seulement sur la tête fémorale et la cavité cotyloïdienne, mais assez loin encore sur le col du fémur. La disparition des travées osseuses qui semblent effondrées, résorbées par

l'ostéoporose de l'épiphyse. Enfin, le manque de netteté du rebord cotyloïdien à sa partie supérieure : lésion due à l'ulcération compressive. A mesure que la maladie évoluera, ses signes pourront s'amender, mais généralement ils s'exagéreront. On aura alors à l'image radiologique une disparition soit d'un fragment de la tête qui paraîtra comme décapitée, soit de cette tête presque complète, dont il ne restera plus qu'un moignon prolongeant le col et pour finir, les lésions ou rongé le sourcil cotyloïdien, une luxation pathologique ou tout au moins une subluxation.

Diagnostic différentiel des différentes formes d'arthrite gonococcique de la hanche

L'arthralgie ne peut guère être confondue qu'avec les douleurs articulaires syphilitiques, mais celles-ci portent leur signature dans leur exacerbation nocturne.

L'hydrathrose gonococciques devra être différenciée de l'*hydrarthrose traumatique*. En l'absence de traces de contusions, il faudra se méfier des malades qui trouvent toujours un traumatisme pour expliquer leurs lésions. La radiographie nous éclairera dans les cas douteux, car l'hydrarthrose réellement traumatique a toujours pour origine une légère lésion osseuse, une fêlure, quelquefois même une fracture du col.

De l'*hydrarthrose tuberculeuse*. — La lenteur de l'évolution sera un bon signe en faveur de l'hydrarthrose tuberculeuse, tandis que l'atrophie musculaire rapide,

coïncidant avec un épanchement douloureux et qui s'est installé en un ou deux jours plaidera en faveur de l'hydrarthrose gonococcique. De plus, les différentes méthodes de laboratoire (injection articulaire au cobaye, ophtalmo-réaction) susceptibles de déceler la tuberculose sont positives chez les individus porteurs d'hydrarthrose tuberculeuse.

De l'*hydrathrose syphilitique.* — A la période secondaire, la difficulté ne sera pas grande : on rencontre alors facilement d'autres manifestations syphilitiques : adénopathies, plaques muqueuses... etc. A la période tertiaire, la réaction de Bordet-Wassermann et le traitement d'épreuve pourront être d'une très grande utilité.

La POLY-ARTHRITE AIGUË D'ORIGINE GONOCOCCIQUE, avec sa ténacité, sa tendance à ne frapper qu'un nombre très restreint d'articulations, sa température peu élevée, se différenciera, en général, avec assez de facilité du rhumatisme articulaire aigu, caractérisé par sa température élevée, ses sueurs profuses, son angine de début et enfin sa tendance au passage rapide d'une articulation à l'autre. Cependant, nous savons que souvent, et chez l'enfant en particulier, il existe des crises de rhumatisme articulaire aigu presque apyrétiques. Malgré cela, la confusion ne sera guère possible, car dans le cas d'arthrite poly-articulaire gonococcique, les urines ne seront pas modifiées, les complications cardiaques seront tout à fait exceptionnelles, et enfin le salicylate de soude sera loin d'avoir ici l'efficacité qu'il a dans le rhumatisme articulaire aigu.

Les autres pseudo-rhumatismes infectieux seront faciles à éliminer, car il est facile de retrouver l'affection causale : une typhoïde, une scarlatine, une pneumonie, un érysipèle, une septicemie chez le nourrisson.

La MONO-ARTHRITE AIGUË GONOCOCCIQUE DE LA HANCHE, en raison de sa gravité particulière due aux circonstances spéciales déjà énumérées (une ostéoporose plus marquée qu'aux autres articulations et des ulcérations compressives mises en jeu par la contracture réflexe des muscles extrêmement puissants qui unissent l'os iliaque au fémur) qui ont comme aboutissant la luxation pathologique, doit être diagnostiquée avant que des dégâts irréparables se soient produits. Ce diagnostic sera souvent extrêmement difficile, si l'on ne peut dépister l'infection gonococcique primitive.

Le diagnostic délicat sera celui de l'*ostéomyélite* : des chirurgiens ont même pu aller jusqu'à opérer certaines arthrites à gonocoques, croyant avoir affaire à cette première affection.

On a l'habitude de faire rentrer la notion d'adolescence dans la définition de l'ostéomyélite aiguë ; mais on sait actuellement que l'âge adulte ne met pas à l'abri de son atteinte et de même, que la gonococcie est très fréquente chez les adolescents. La recherche des points douloureux osseux ne peut renseigner, car, justement à cet endroit, les deux affections ont de très grandes similitudes. Le diagnostic différentiel reposera donc presque exclusivement sur ce point : c'est que dans l'ostéomyélite aiguë, les douleurs sourdes, violentes et continues, s'accompagnent de phénomènes généraux

redoutables, frissons, température à 40°, 41°, vomissements, abattement et souvent délire, bref, l'allure d'une maladie à grand fracas. Au contraire, dans la coxite gonococcique, l'état général est relativement peu touché et contraste même avec l'importance des phénomènes locaux. Si l'ostéomyélite et l'arthrite ne sont qu'à leur début, la radiographie ne sera que de très faible utilité ; au contraire, une fois les lésions constituées, elle sera d'un précieux secours.

La coxalgie, dans sa forme à début brusque, peut prêter tout d'abord à confusion. L'observation de M. Hallé que nous avons rapportée plus haut en est un exemple frappant. Dans les deux cas, il y a contracture avec immobilisation consécutive en position vicieuse et limitation des mouvements. Là encore, le secret du diagnostic sera de penser à la possibilité de la cox-arthrite à gonocoques et de rechercher la porte d'entrée.

Les autres *arthrites aiguës infectieuses* à streptocoques, staphylocoques, bacilles d'Eberth, pneumocoques seront faciles à différencier, car là on trouve la notion d'une maladie infectieuse qui n'a pu passer inaperçue : la pneumonie, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la variole ou une infection d'origine utérine dans la puerpéralité.

Un toucher rectal soigneux permettra d'éliminer l'hypothèse d'un abcès de la fosse ischio-rectale ; dans le cas que nous avons rapporté de la malade soignée par M. Mondor, cette hypothèse avait été émise en raison de la douleur extrême qu'éveillait la pression du doigt, du côté de la lésion, en pratiquant le toucher rectal. Cette

douleur tenait aux points osseux hypersensibles de la face pelvienne de la cavité cotyloïde.

Mais ce que nous avons voulu mettre en lumière, grâce à quelques observations goupées autour de celle de M. Mondor, c'est l'existence de cette coxite blennorragique. Cette notion de fréquence et de gravité n'est pas classique. Des auteurs d'une expérience exceptionnelle comme M. A. Broca ont pu écrire de longs articles sur « les arthrites non tuberculeuses de la hanche » sans faire la moindre part à ia gonococcie. A la Société de chirurgie, MM. Mauclaire, Mouchet, Savariaud ont apporté des observations d'arthrites de la hanche, bien difficiles à étiqueter ; il ne parut pas, dans la discussion de ces cas, que le rôle du gonocoque fut retenu. De même, dans l'étude pathogénique de ces cox-arthrites que MM. Léri et Foix ont fait rassembler par Merklen dans sa thèse de 1925, il n'est peut-être pas fait à l'infection gonococcique la place qu'elle doit mériter.

Il faut connaître l'existence de cette localisation et les terribles menaces qu'elle apporte.

Le diagnostic n'est pas courant. Il y a bien des cas où il a été négligé. Dans l'observation que nous avons rapportée, le diagnostic avant l'examen du chirurgien avait été tour à tour : par le médecin traitant, rhumatisme articulaire, puis coxalgie ; par le médecin consultant phlegmon ischio-rectal. Une fois de plus, l'adjectif phlegmoneux donné depuis Duplay et Brun à la monoarthrite aiguë gonococcique recevait la consécration d'une erreur de diagnostic.

TRAITEMENT

Si le diagnostic exact importe beaucoup, c'est qu'il permettra le traitement approprié de la lésion blennorragique originelle et celui de l'arthrite.

Dans la forme à *hydrarthrose,* la révulsion locale, l'air chaud suffiront généralement à amener la résorbtion du liquide épanché. Si cela ne suffisait pas, des ponctions répétées seraient indiquées.

Le traitement utile de l'*arthrite aiguë gonococcique* découle de l'anatomie patbologique. Sachant que la marche de la maladie peut évoluer vers la luxation pathologique, il faut aussitôt que le diagnostic sera fait, installer une extension continue, suivie ou non d'une immobilisation dans un grand appareil plâtré. Les douleurs seront ainsi le plus souvent calmées et on aura évité l'ankylose en position vicieuse, vrai désastre thérapeutique.

Mais, comme le disait Wilms, à la hanche et à l'épaule, l'évolution est si vite sévère que l'acte opératoire est le plus sûr traitement : non pas peut-être la résection d'emblée « dont les résultats fonctionnels sont souvent défavorables (1) », mais l'arthrotomie avec toilette de l'article et sa fermeture. Elle donnera plus vite

1. Jaboulay, *Leçon à l'Hôtel-Dieu de Lyon,* 1902-03.

et plus sûrement qu'aucune autre méthode la cessation des douleurs et l'arrêt des phénomènes infectieux. (Dans l'observation de M. Mondor, le plâtre n'a pas donné un heureux résultat ; c'est aussi une constatation faite par Kœnig).

Dans tous les cas, la mobilisation active sera aussi précoce que possible pour éviter l'ankylose. Le massage permettra d'autre part d'enrayer et de combattre l'atrophie musculaire.

Enfin, la vaccinothérapie et la sérothérapie spécipiques accompagneront le traitement de la lésion primitive.

CONCLUSIONS

1° L'arthrite gonococcique de la hanche est une affection non exceptionnelle. On devra y penser chaque fois que l'on se trouvera en présence d'une hanche douloureuse ;

2° On peut voir se développer cette coxite gonoccique à tout âge. La forme puerpérale est à souligner ;

3° Le diagnostic est difficile et peut demander de patientes recherches. Il est possible par les seules ressources de la clinique ; on devra y ajouter tous les secours du laboratoire et ne rien négliger dans la recherche du gonocoque ;

4° Dans sa forme aiguë, cette arthrite demande à être diagnostiquée d'une façon précoce pour tenter de parer à l'ankylose et aux désordres plus considérables encore qu'elle peut entraîner, du fait de la grosse et rapide destruction osseuse qui l'accompagne souvent.

Vu : le Président de la thèse,
LECÈNE

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

AUVERGNIOT. — De la mono-arthrite de la femme. Thèse Paris, 1889-1890.

BRUN. — L'arthrite blennorrhagique. Thèse Paris, 1881.

CLOQUET. — Dictionnaire de médecine en 21 volumes. Tome III.

COSTA. — Ostéo-arthrites gonococciques. Radiographies. Marseille Médical, 1920.

COSTA et GARNIER. — Les cas de rhumatisme blennorrhagique constatés par la radiographie. Journal de radiologie et d'électrologie, 1920.

CUQ. — Communication sur un cas d'ankylose de la hanche. Echo des Cévennes, 1903.

DEZANNEAU. — Le rhumatisme blennorrhagique et son traitement. Thèse Paris, 1895-1896.

DUFOUR, GAILLARD et RAVINA. — Lésions osseuses du rhumatisme gonococcique. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1919.

ELTCHANINOFF. — Du rhumatisme blennorrhagique. Thèse Paris, 1893.

ETIENNE. — Les arthrites aiguës. Thèse Nancy, 1908.

FAURE-BEAULIEU. — Septicémie gonococcique avec constatation du gonocoque. Thèse Paris, 1905-1906.

FOURNIER. — Dictionnaire de médecine, publié en 1866. Arthrite gonococcique.

GRIFFON. — Un cas d'arthrite gonococcique de la hanche chez un nourrisson. Presse médicale, 1896.

GUILLON. — Altérations osseuses du rhumatisme blennorrhagique. Revue Médicale de l'Est, 1900.

Guy. — Le rhumatisme blennorrhagique et son traitement par la vaccinothérapie. Thèse Paris, 1922.

Hallé. — Un cas d'arthrite gonococcique chez une fillette de 7 ans. Revue des maladies de l'enfance, 1900.

Halipré. — Rhumatisme blennorrhagique grave. Radiographies. Normandie médicale, 1902.

Hamann. — Ankylose et carie consécutives à une infection gonococcique. Cleveland, New. Journ., 1904.

— Communication in Americ. Journal. Surgy and Gynecol., 1903-1904.

Jaboulay. — Leçon à l'Hôtel-Dieu de Lyon, 1902-1903.

Kœnig. — Les affections des articulations de la hanche. Berliner Klin. Wochen, 1901.

Kienboch. — Sur les modifications osseuses des arthrites gonococciques et sur l'atrophie osseuse aiguë. Wien. Klin. Wochen, 1903.

De Lapersonne. — Des arthrites infectieuses non tuberculeuses. Thèse d'agrégation, Paris, 1886.

Lesné et Langle. — Maladie des articulations. Nouveau traité de médecine publiée sous la direction de MM. Roger, Widal et Teissier.

Luys. — Traité de la blennorhagie et de ses complications. Paris, 1912.

Moulonguet. — Journal radiologique, mars 1925. Sur les lésions radiologiques de certaines arthrites aiguës de la hanche.

Parizeau. — Arthrite aiguë blennorrhagique. Signes et traitement. Union médicale du Canada, 1900.

Ramond (Félix).— Arthrite blennorrhagique et son traitement. Progrès médical, 13 avril 1912.

Richet. — Coxo-rhumatisme blennorrhagique. Union médicale, 1868.

Sée (Marcel). — Gonocoque dans le sang circulant. Thèse Paris, 1895-1896.

Shlagenhaufer. — Sur la coxite blennorragique. Virchows Archiw fur pathologische Anat. und Phys., 1908.

Sonnenburg. — Arthrite blennorrhagique de la hanche terminée par carie. Berliner Klin. Wochen, août 1886.

Stinson. — Arthrite aiguë gonococcique de l'épaule. Opération. N.Y. médical journal, 1900.

Swediaur. — Gonocèle ou tumeur blanche gonorrhéique, d'après le London medical Journal, 1781.

Teulier. — Essai sur un nouveau traitement de l'arthrite blennorrhagique. Thèse Paris, 1909-1910.

Tixier. — Maladie des articulations. Précis de pathologie chirurgicale.

Ullmann. — Ostéomyélite gon. Wiener medical Presse, 1900.

Vignaudon. — Les arthrites gonococciques de l'enfance. Thèse Paris, 1893.

Vanuxen. — Traitement des arthrites gonococciques. Thèse Paris, 1895.

Vaquez et Lauery. — Arthrites gonococciques. Considérations bactériologiqnes et étiologiques. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1902.

Vœlker. — Les complications de la blennorrhagie et leur traitement. Paris, 1868.

7193 - Impr. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris - 6-1926